

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TILT TEST DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINCOPE VASOVAGAL

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TILT TEST OF PATIENTS WITH VASOVAGAL SYNCOPE SUSPICION

Alejandro E. Contreras, David A. Morillo, Eduardo J. Brenna, Rodrigo H. Bagur, Andrés A.

Resumen:

Antecedentes: El síncope vasovagal es la causa más común de síncope y es un importante problema médico, social y económico.

Material y métodos: Estudiamos una población de pacientes con antecedentes de síncope de presunto origen vasovagal sometidos a Tilt Test (TT) con la intención de describir y comparar síntomas, signos y situaciones desencadenantes entre pacientes con TT positivo y negativo.

Se investigaron 24 variables (elegidas según la experiencia clínica).

Resultados: Se incluyeron 113 pacientes. El promedio de edad fue de $33,3 \pm 19,4$ años y el 67,3% correspondía a mujeres. Ochenta y un pacientes (71,7 %) experimentaron síncope durante la prueba. El tipo de respuesta más frecuente fue la mixta (58 %), seguida de la vasodepresora (30,9 %) y la cardioinhibitoria (11,1 %). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en los síntomas y signos previos, tampoco en relación a las situaciones desencadenantes, salvo que en el grupo con TT negativo hubo mayor frecuencia de episodios sincopales previos desencadenados luego de un ejercicio vigoroso ($p = 0,012$).

Conclusión: En pacientes con sospecha de síncope vasovagal, la historia clínica no predice el resultado del Tilt test

Palabras claves: síncope, neurocardiogenico, vasovagal, tilt test, síntomas

Abstract

Background: Vasovagal syncope is the most common cause of syncope and is an amount medical, social and economic problem.

Material and methods: We study a population of patients with history of syncope of presumed vasovagal origin submitted to head-up tilt test (TT) with intention to describe and to compare symptoms, signs and trigger situations between positive and negative TT. Twenty four variables were investigated (chosen according to the clinical experience).

Results: One hundred thirteen patients were included. The age mean was $33,3 \pm 19,4$ years and 67.3% corresponded to women. Eighty one patients (71,7%) experienced syncope during test. The more frequent response was mixed subtype (58%), followed by vasodepressor response (30,9%) and cardioinhibitory response (11,1%).

There were not significant differences between both groups in symptoms, signs and trigger situations. In patients with negative TT was more frequent syncopes triggered by extreme exercise ($p = 0,012$).

Conclusion: In patients with vasovagal syncope suspicion, a clinic history does not predict TT results

Key words: neurocardiogenic, syncope; vasovagal; head-up tilt test; symptoms

Servicio de Cardiología. Hospital Privado Centro Médico de Córdoba SA. Naciones Unidas 346. CP 5016. TE: 543514688220

FAX: 543514688818 E-mail: aletreras@hotmail.com

Enviado: 10 diciembre 2008

Aceptado: 13 de marzo 2009

Introducción:

El síncope vasovagal (SVV) es la causa más común de síncope. En la población general, el 30% tiene al menos un episodio en sus vidas. Se calcula que el 3-5% de las consultas a un servicio de emergencia y 1-6% de los ingresos hospitalarios están relacionados con episodios sincopales. El SVV es más frecuente en mujeres jóvenes y es un importante problema médico, social y económico.

Los actuales métodos diagnósticos solo pueden asegurar el diagnóstico en una pequeña proporción de pacientes, y el Tilt Test (TT), a pesar de sus limitaciones, es el método de elección para su diagnóstico (1-3).

El objetivo del presente trabajo fue describir y comparar la frecuencia de signos, síntomas y situaciones desencadenantes entre pacientes con TT positivo y negativo.

Material y Métodos:

Población: Entre Octubre de 2005 y Mayo de 2008 se incluyeron pacientes de forma consecutiva, enviados al departamento de electrofisiología para la realización de TT debido a síncope inexplicado.

Tilt Test: Previa obtención del consentimiento del paciente o adulto responsable, se completo un cuestionario con aspectos clínicos y antecedentes previos en relación a los episodios sincopales que motivaron la realización de la prueba. (la elección de los síntomas y signos fue basada en la experiencia clínica)

La prueba se llevó a cabo en ambiente confortable. El paciente permaneció en posición supina sobre tabla basculante por espacio de 10 minutos y se registró tensión arterial y ritmo electrocardiográfico basal. Posteriormente fue colocado a 80 grados con monitoreo electrocardiográfico continuo y registros de tensión arterial cada 2 minutos con equipo digital por espacio de 20 minutos (fase pasiva). Si al cabo de dicho tiempo no se producía el síncope, se pasaba a la fase activa

(sensibilización) y se administraba 5 mg de dinitrato de isosorbide sublingual y la prueba se prolongaba otros 20 minutos. La prueba se definió como negativa o positiva de acuerdo a criterios preestablecidos (4).

Estadística: Se dividió a la población en dos grupos, grupo (TT+) con TT positivo y grupo (TT-) con TT negativo. Las variables continuas se expresaron en promedio \pm desviación estándar y las variables categóricas en porcentaje. Se uso Chi cuadrado o test de Fischer según corresponda para analizar las variables categóricas y Test t para muestras independientes para las variables continuas. Se considero una $p < 0,05$ como estadísticamente significativa.

Se usó el paquete estadístico SPSS 12.0

Resultados:

Se incluyeron 113 pacientes. El promedio de edad fue de $33,3 \pm 19,4$ años y el 67,3% correspondía a mujeres. Antecedentes de hipertensión arterial con tratamiento vasodilatador (10,6%) y diabetes tipo 2 (1,7%). El 71,7% (81 pacientes) experimentó síncope durante la prueba. No hubo diferencias en ambos grupos (TT+ vs TT-) en cuanto al numero de sincopes previos ($4,3 \pm 6$ vs $4,2 \pm 5,7$ episodios respectivamente. $p = NS$) ni en los antecedentes cardiovasculares. De los 81 pacientes con TT positivo, 55 casos fueron sensibilizados con dinitrato de isosorbide sublingual (67,9%). El tipo de respuesta más frecuente fue la mixta (58 %), seguida de la vasodepresora (30,9 %) y la cardioinhibitoria (11,1 %).

No se encontraron diferencias significativas en ambos grupos en los síntomas y signos previos, tampoco en relación a las situaciones desencadenantes, salvo que, en el grupo con TT negativo hubo mayor frecuencia de episodios sincopales previos desencadenados luego de un ejercicio vigoroso ($p = 0,012$). Tabla 1.

Discusión:

El síncope vasovagal es la forma mas común de

sincope neurocardiogenico, el cual consiste en la perdida del conocimiento luego de una serie de mecanismos que terminan en una respuesta vasodilatadora y/o bradicardizante. Al evaluar un paciente con sincope es muy importante descartar causas cardiacas, Alboni y col. describieron que, la ausencia de enfermedad cardiaca previa, excluye el origen cardiaco del sincope en un 97% de los casos (5), la historia sincopal previa también puede ayudar a diferenciar sincopes cardiacos de neurocardiogenicos (6). Otros autores han demostrado la utilidad de la historia clínica para diferenciar convulsiones de sincopes verdaderos con una sensibilidad y especificidad alta (7).

Los resultados de estudios previos en donde se han investigado predictores clínicos de respuesta al TT en pacientes con sospecha de mecanismo vasovagal son controvertidos, algunos encuentran a la edad, a la presencia de presincopes y al daño físico debido al sincope como predictores (2,3); otros autores afirman que la historia clínica no tiene utilidad para predecir el resultado del TT (1).

Es posible que la fuente de tales discrepancias se deba, por un lado a la limitación del TT como método de diagnostico de sincope vasovagal, ya que, si bien la especificidad es alta, no se conoce con precisión la sensibilidad (estudios previos investigaron la utilidad del TT con la historia clínica típica como estándar oro de diagnostico)(8) y por otro lado no hay uniformidad en los protocolos usados ni en las características clínicas de los pacientes, ambas pueden influir, tanto en el resultado del TT como en el tipo de respuesta (9) Una explicación de la ausencia de diferencias en la presentación de los sincopes en el presente trabajo podría ser que se trata de un grupo de personas con probabilidad muy elevada de sincope vasovagal y por lo tanto, no hubo suficientes pacientes con otra causa de sincope.

Referencias

1. Vallejo M, Hermosillo AG, Marquez MF, Urquidez AK, Sotomayor A, Salas E, Cardenas M. Value of symptoms to predict tilt testing outcome in patients with clinical suspicion of vasovagal syncope. Arch Med Res 2007; 38: 579-583
2. Kazemi B, Haghjoo M, Arya A, Sadr-Ameli MA. Predictors of response to the head Tilt Test in patients with unexplained syncope or preyncope. Pacing Clin Electrophysiol 2006; 29:846-851
3. Oh JH, Kim JS, Kwon HC, Hong KP, Park JE, Seo JD, Lee WR. Predictors of positive Head-up Tilt Test in patients with suspected neurocardiogenic syncope or presyncope. Pacing Clin Electrophysiol 2003; 26:593-598
4. Calkins H, Zipes DP: Hypotension and syncope. EN: Braunwald's Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. Eighth Ed. Saunders 2008. p 975
5. Alboni P, Brignole M, Menozzi C, Raviele A, Del Rozzo A, Dinelli M, Solano A, Bottóni N. diagnostic value of history in patients with syncope with or without Heart disease. J Am Coll Cardiol 2001;37:1921-8
6. Calkins H, Shyr Y, Frumin H, Shork A, Morady F. The value of the clinical history in the differentiation of syncope due to ventricular tachycardia, atrioventricular block, and neurocardiogenic syncope. Am J Med. 1995;98:365-73
7. Sheldon R, Rose S, Ritchie D, Connolly SJ, Koshman ML, Lee MA, Frenneaux M, Fisher M, Murphy W. Historical criteria that distinguish syncope from seizures. J Am Coll Cardiol. 2002;40:142-8
8. Moya I Mitjans A. Head-up tilt test in vasovagal syncope: for which purposes? for whom? Rev Esp Cardiol. 2002;55:466-8
9. Barón-Esquivias G, Cayuela A, Pedrote A, Cabezón S, Morán JE, Errázquin F. Clinical characteristics and head-up tilt test results with three protocols in 1661 patients with syncope. Rev Esp Cardiol. 2003;56:916-20

	GRUPO TT+ (n = 81)	GRUPO TT- (n = 32)	Valor p
Edad	34,8 ± 19,7	29,6 ± 18,2	.20
Sexo femenino. n (%)	53 (65,4)	23 (71,9)	.51
Desencadenado por: número (%)			
Ortostatismo prolongado	42 (51,9)	11 (34,4)	.09
Ejercicio vigoroso	11 (13,6)	11 (34,4)	.012
Miedo	11 (13,6)	5 (15,6)	.77
Estrés	19 (23,5)	8 (25)	.86
Dolor	13 (16)	4 (12,5)	.63
Situacional	20 (24,7)	8 (25)	.97
Síntomas y signos: número (%)			
Debilidad	40 (49,4)	16 (50)	.95
Diaforesis	38 (46,9)	15 (46,9)	.99
Fotofobia	1 (1,2)	2 (6,3)	.13
Visión borrosa	38 (46,9)	17 (53,1)	.55
Cefalea	16 (19,8)	6 (18,8)	.90
Nausea	32 (39,5)	15 (46,9)	.47
Fío/calor	42 (51,9)	18 (56,3)	.67
Mareo	32 (39,5)	18 (56,3)	.10
Palidez	53 (65,4)	24 (75)	.32
Nerviosismo	23 (28,4)	7 (21,9)	.47
Pérdida Conciencia	60 (74,1)	24 (75)	.91
Convulsiones	9 (11,1)	4 (12,5)	.83
Relajación Esfínteres	10 (12,3)	2 (6,3)	.34
Confusión	26 (32,1)	9 (28,1)	.68
Trauma	28 (34,6)	8 (25)	.32
Cianosis	3 (3,7)	2 (6,3)	.55